|  |  |
| --- | --- |
| 教　室　名 |  |
| 保険証記号 |  | 被保険者番号 |  | 会社・事業所名  |  |
| （フリガナ）参加者氏名  |  | 性別 | 男　・　女 | 年齢  | 　　歳  |
| 被保険者との続柄 |  |
| 参加者住所 | 〒電話　 |
| Ｅメールアドレス |  |

オンライン版　健康・介護教室　参加申込書

【個人情報の取り扱い】

参加申込書に記載された個人情報は、本教室の教材と視聴の為のＩＤ／パスワードを発送するため、教室の運営団体である（公財）総合健康推進財団に提供します。

